DE

LA DÉLIVRANCE DYSTOCIQUE

DANS LES CAS

DE GROSSESSE ANGULAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Juillet 1908

PAR

Jean MAS

Né à St-Cyprien (Pyr.-Or.), le 9 février 1884

ANCIEN INTERNE PROV. DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)........................ Doyen
SARDA.............................. Assesseur

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS H.
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : M. De ROUVILLE, PUECH
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : M. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
Secrétaire honoraire : M. H. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agrégé libre.
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE.
VIRES.
VEDEL.
JEANBRAU.
POUJOL.

MM. SOUBEIRAN.
GUÉRIN
GAGNIÈRE.
GRYNFELTT Ed.
LAGRIFFOUL.

MM. LEENHARDT.
GAUSSEL.
RICHE.
CABANNES
DERRIEN

M. IZARD, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FORGUE, *président.*
PUECH, *professeur-adjoint.*

MM. GUÉRIN, *agrégé.*
GAUSSEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A LA PLUS DEVOUÉE DES MÈRES

Je dédie ma thèse inaugurale, comme un très faible témoignage de mon amour filial et de ma profonde gratitude. Ils m'ont fait tel que je suis, et toute une vie d'affection respectueuse et de soins reconnaissants ne suffira pas à éteindre ma dette.

J. Mas.

A MES MAITRES

DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ

MEIS ET AMICIS

J. MAS.

PRÉFACE

Une fois encore nous venons de relire notre thèse pour les dernières corrections, et en achevant ce travail qui constitue l'acte ultime de notre scolarité, il s'est éveillé en nous de complexes sentiments où les regrets de la vie joyeuse et libre que nous quittons se mêlent aux joies pures d'une vie nouvelle que nous voulons remplir de laborieuse persévérance et de dévouement.

De nouveaux devoirs s'imposent, nombreux, sévères, dont nous savons toute l'étendue et dont nous apprécions toute la grandeur. La Faculté de Montpellier, gardienne vigilante de glorieuses traditions, a voulu conserver dans le dernier acte de la scolarité universitaire, l'admirable serment d'Hippocrate. Elle a voulu que, publiquement, devant ses Maîtres et devant ses amis, devant tous, le jeune médecin jurât solennellement de rester fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Cette impressionnante minute ne sortira jamais de notre mémoire : « admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront point ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime ».

La carrière médicale où demain nous allons débuter est périlleuse entre toutes. Puissent la conviction profonde du bien que l'on peut faire, des douleurs que l'on peut apaiser, la foi vraie dans l'efficacité des moyens dont on

dispose, la pitié compatissante enfin dont toute souffrance éveille l'écho, nous rendre facile et doux l'accomplissement de tous les devoirs.

Etre médecin fut le rêve généreux d'hier, c'est la réalité d'aujourd'hui. Il nous appartient de la bâtir telle que nous l'avions rêvée.

Mais avant de franchir le seuil de cette vieille Faculté dont le chemin nous était devenu si doucement familier, un devoir impérieux s'impose que nous remplissons spontanément, d'un cœur qui sait garder le souvenir des services rendus.

M. le professeur Truc guida nos premiers pas dans la difficile observation des phénomènes cliniques. Externe dans son service de l'Hôpital général, nous avons pu, pendant de longs mois, acquérir sous sa direction la méthode d'analyse symptomatique, la sûreté du diagnostic ophtalmologique, la précision thérapeutique. Nous eûmes, quand il nous fut donné d'aider ce Maître dans les difficiles opérations de la chirurgie oculaire, l'enthousiasme d'un néophyte. Il restera pour nous un vivant exemple de ce que peuvent l'énergie et la volonté, unies à la rectitude du jugement et à la droiture du caractère. Nous lui adressons l'hommage de notre reconnaissance profonde.

M. le professeur Forgue fut notre maître en chirurgie. Une année entière, son exemple quotidien fit d'une façon complète notre éducation chirurgicale. Il nous accueillit toujours avec la plus entière bonté, il nous prodigua les conseils et les encouragements. Au lit du malade, c'était l'analyse minutieuse du tableau pathologique, la recherche avisée des signes caractéristiques, et surtout les déductions rigoureuses desquelles le diagnostic se manifestait comme la conclusion logique et indiscutable des prémices. A la salle de clinique, ses leçons claires, précises, agréables,

joignaient à la sûre description des phénomènes, l'esprit de logique et le tour littéraire. C'est enfin devant la table d'opérations qu'il nous fut permis de nous instruire d'exemples. La sûreté de technique et la précision dans l'acte opératoire nous faisaient assister à des véritables dissections d'une étonnante netteté. L'asepsie rigoureuse pendant et après l'opération est un dogme que ce Maître nous apprit à respecter. Qu'il me soit permis de l'assurer ici des profonds sentiments de sympathie qu'un an de collaboration quotidienne a fait se développer en moi. La présidence de notre thèse qu'il a bien voulu accepter nous est un précieux gage de son estime dont nous sommes fier; le mot de reconnaissance est trop faible pour lui exprimer toute la gratitude que nous lui devons.

Pendant un semestre, nous avons été attaché au service de clinique infantile. Guidé par M. le professeur Baumel, nous avons pu nous convaincre que la pathologie de l'enfance est assez spéciale pour mériter une étude particulièrement approfondie. Ces organismes fragiles frappés en pleine évolution par la maladie, réagissent d'une façon différente; et souvent l'évolution dentaire d'une part, les vers intestinaux de l'autre, comme le soutient M. le professeur Granel, sont des pôles autour desquels gravite l'ensemble des phénomènes pathologiques. Nous sommes heureux de pouvoir remercier M. le professeur Baumel, dont l'aménité affable à notre égard ne s'est jamais départie.

Le service de M. le professeur Grasset est un des plus attrayants que nous ayons connus. Les longs mois pendant lesquels nous y fûmes attaché, le contact journalier de l'exemple et de la parole du Maître, resteront pour nous un de ces souvenirs précieux que l'on aime à rappeler pour les revivre. La parole nette, l'expression claire et toujours juste, le regard expressif qui brille derrière les claires lunettes d'or,

le geste rapide et bref, font de M. le professeur Grasset le Maître qui attire, retient et fixe l'attention. Nous lui devons presque complètement notre éducation médicale. Nous avons appris de lui à regarder et à voir un malade; à nous former, selon la façon de Trousseau, une opinion rapide de l'affection d'après l'impression clinique, le facies, le teint, l'altération des traits, l'attitude, l'expression de la physionomie. Il nous a enseigné l'examen méthodique et complet; il nous a démontré la thérapeutique rationnelle suivant les diverses indications, symptomatiques, anatomiques, causales. Qu'il nous permette de lui affirmer ici la profonde reconnaissance que nous lui gardons pour la sympathie de son accueil et ses conseils judicieux.

M. le professeur Jeanbrau, chargé de la clinique des voies urinaires à l'Hôpital général, fut notre chef de conférence d'externat d'abord, d'internat ensuite. Notre gratitude lui est entièrement acquise. Jamais ses encouragements ne nous manquèrent. A l'hôpital, ses leçons cliniques remplies de bon sens français et assaisonnées de sel gaulois nous furent précieuses. Nous avons conservé plus d'un souvenir vivant de son habileté opératoire.

Que MM. les professeurs agrégés Gaussel et Riche acceptent l'hommage de nos sentiments de reconnaissance pour les leçons qu'ils nous prodiguèrent pendant les conférences d'internat.

Nous tenons aussi à remercier particulièrement Mme le docteur Gaussel-Ziegelmann, ancien chef de clinique à la Faculté, qui nous a guidé dans le choix de notre thèse. Ses conseils éclairés, son affabilité constante nous furent précieux et nous lui renouvelons l'expression de notre vive gratitude.

M. le Dr Puech, professeur adjoint d'obstétrique, et M. le professeur Guérin, professeur agrégé d'accouchements, ont

bien voulu faire partie de notre jury de thèse. C'est un honneur auquel nous sommes très sensible. Leurs leçons magistrales du grand amphithéâtre de la Faculté, leurs leçons cliniques à la Maternité de Montpellier, nous ont permis de nous rendre un compte exact du mécanisme et de la pathologie des accouchements. Un séjour prolongé à l'hôpital d'Avignon nous avait fait, par une pratique de plusieurs mois, nous familiariser avec la délicate technique de l'accouchement normal et dystocique. Par les leçons de ces Maîtres de la Faculté, il nous a été donné de préciser nos connaissances et nous sommes heureux de pouvoir leur témoigner ici nos remerciements et notre reconnaissance.

Enfin à tous ceux qui nous ont témoigné amitié ou sympathie, à ceux qui nous ont encouragé de leur parole, guidé de leurs conseils, à tous ceux qui nous ont soutenu de leur affection, nous disons bien sincèrement merci. Nous ne nommons personne; ceux à qui va notre reconnaissance vive et durable, notre affection profonde, notre amitié sincère, sauront bien se reconnaître ici.

Et maintenant, la vie active, puissante, va nous étreindre. « Etre c'est lutter, vivre c'est vaincre », a écrit le professeur F. Le Dantec; l'éducation reçue, les notions acquises, les connaissances amassées, sont les armes de la victoire dont la vie est le prix. Nos rêves d'hier ont disparu dans l'évanouissement de leurs horizons bleus; la réalité concrète et froide de demain est dans l'issue de la lutte : la victoire s'impose donc comme une nécessité.

Docteur Jean Mas.

DE

LA DÉLIVRANCE DYSTOCIQUE

DANS LES CAS

DE GROSSESSE ANGULAIRE

AVANT-PROPOS

A la séance du 27 mars 1908 de la Société des sciences médicales de Montpellier, Mme le docteur Gaussel-Ziegelmann, ancien chef de clinique d'accouchement à la Faculté, a fait l'intéressante communication qu'on lira plus loin, sur l'enchatonnement du placenta dans un cas de grossesse angulaire. C'est cette communication dont l'importance est considérable, qui nous a donné l'idée de notre thèse inaugurale. Dans cette thèse, nous voulons étudier la délivrance dystocique dans la grossesse angulaire et spécialement l'enchatonnement du placenta qui vient souvent la compliquer.

Les cas de grossesse angulaire pure se comptent. L'œuf, en effet, se greffe normalement dans la partie moyenne de la cavité utérine. Ce n'est que d'une façon exception-

nelle que l'ovule fécondé, émergeant à l'ostium uterinum se fixera tout de suite sur la muqueuse utérine de la région juxta-salpingienne avec laquelle tout d'abord elle entre en contact. Si d'autre part on tient compte que, un certain nombre de grossesses anormales, que l'on pourrait prendre pour des grossesses angulaires, quant à leurs signes cliniques, sont, en réalité, dues à des malformations de l'utérus, qu'un examen ultérieur fait nettement percevoir, on s'aperçoit que les cas de grossesse anguláire sont plutôt rares.

Il en résulte que le point de pathologie obstétricale que nous exposons est d'autant plus intéressant; et cela à un double point de vue: 1° par la rareté relative des cas analogues dont l'observation première constitue pour ainsi dire un type; 2° par les incidents très spéciaux de la délivrance, l'enchatonnement du placenta et les manœuvres pénibles auxquelles il donne lieu.

LE SUJET — LE PLAN

La délivrance angulaire présente un intérêt spécial. Elle peut, comme dans toute grossesse, s'effectuer normalement, à peine aidée de l'expression utérine selon la méthode de Crédé. Elle peut quelquefois être retardée par d'anormales adhérences de la face utérine du placenta avec les villosités maternelles. Mais ce sont là choses relativement banales qui ne méritent point ici d'attirer l'attention. Ce qui fait la complexité et les difficultés de cette délivrance, c'est la possibilité anatomique et physiologique de l'enchatonnement placentaire.

Et de fait cet enchatonnement est la maîtresse pierre de toute étude sur la délivrance dystocique dans la grossesse angulaire. Certains auteurs, Kusmaul et Stoltz en particulier, ne vont-ils pas jusqu'à affirmer que l'enchatonnement du placenta ne se rencontrerait que dans la grossesse angulaire. Pour Guillemot et Velpeau, l'utérus ayant, au milieu ses contractions, tendance à se mouler sur la forme des corps qu'il contient, il en résulterait l'enchatonnement lorsque, le fœtus étant fortement engagé, le placenta très haut inséré serait demeuré loin des parties fœtales.

Les auteurs modernes ont une conception différente; pour eux, la matrice se contracte dans toutes les parties de ses parois, à l'exception de celle où adhère le placenta; celui-ci, enserré par la série des points contractants périphériques, se retirerait du fait même dans une sorte de

bourse de néoformation; logiquement, en envisageant la répartition des forces produites par la contraction utérine, on comprend qu'il doive en être ainsi.

Quoi qu'il en soit, en nous basant sur l'observation de Mme le docteur GAUSSEL-ZIEGELMANN, en étudiant quelques cas typiques recueillis dans des thèses de Paris, de Bordeaux, nous essayerons d'établir le mécanisme exact de la délivrance dystocique en général et de l'enchatonnement en particulier, ses conséquences thérapeutiques et pathologiques.

Après quelques définitions indispensables, il nous a donc semblé utile de faire un soigneux examen de l'anatomie utérine à l'état gravide. Nous verrons ensuite le mode de contraction de l'utérus et le mécanisme exact rendant possible le décollement et l'expulsion du placenta ou, au contraire, son adhérence et son enchatonnement.

Ainsi, croyons-nous, seront établies les raisons donnant, autant qu'on le peut, le pourquoi et le comment de la délivrance dystocique et de l'enchatonnement placentaire.

Nous consacrons quelques pages à l'étude soigneuse de l'exploration et des caractères cliniques dans la délivrance angulaire. Des indications précises s'en dégageront.

La conduite à tenir basée sur ces indications sera étudiée avec tout le soin que comporte une aussi grave question. Enfin les complications qui peuvent venir assombrir le pronostic et aggraver les suites opératoires feront l'objet de notre dernier chapitre.

Nous pourrons ainsi établir les conclusions qu'il nous a paru pouvoir se dégager de cette étude.

DE QUELQUES DÉFINITIONS

Au début de ce travail, et pour éviter les confusions de termes chez un esprit non prévenu, il nous a semblé bon de rappeler quelques définitions en les précisant.

La *grossesse angulaire*, que nous envisageons spécialement ici, est constituée par l'anormale insertion de l'ovule fécondé au niveau de la muqueuse des cornes, dans l'angle de l'utérus. On sait que normalement l'œuf émergeant à l'ostium uterinum descend dans la cavité utérine et dans la majorité des cas se greffe sur la muqueuse corporéale des parois utérines. Lorsque, sitôt émergé de l'orifice salpingien, il contracte d'intimes et durables connexions avec la zone périostiale de la muqueuse des cornes, et y continue son développement, on dit que l'on est en présence d'une grossesse angulaire.

La *délivrance* est *eutocique* lorsqu'elle s'effectue d'une façon normale; la *délivrance* est *dystocique* lorsque d'anormales difficultés en viennent modifier la figure habituelle.

On peut ranger sous deux chefs les causes de dystocie dans la délivrance; elle peut être due au *défaut de décollement du placenta*; elle peut aussi être causée par la rétention placentaire due à des *anomalies de la contraction* utérine. Dans la grossesse angulaire, ces deux grandes catégories de causes dystociques se retrouvent au plus haut point.

Il y a défaut du décollement placentaire, par *inertie*

utérine. Le muscle atone, ayant perdu sa rétractilité physiologique, n'est point de taille à fournir l'effort nécessaire au décollement. Mais outre l'inertie, une autre cause peut intervenir; des *adhérences anormales*, soit de nature inflammatoire, soit de nature diathésique, soit enfin de nature inconnue, peuvent se produire qui opposent une résistance victorieuse à l'effort utérin.

Au deuxième chef se placent les anomalies de la contraction utérine. Normalement le muscle utérin, se contractant d'une façon égale et progressive, exprime hors de sa cavité le placenta décollé, comme jaillit le pépin glissant, d'entre le pouce et l'index qui le pressent. Si l'effort utérin, normalement réparti dans la délivrance eutocique, s'annule dans une certaine zone, devient prépondérant dans la zone adjacente, s'il y a, en un mot, contraction anormale, le placenta est retenu dans la cavité utérine qu'il ne peut plus quitter. On dit qu'il y a *rétention placentaire.* La contraction spasmodique d'une portion du muscle utérin en est généralement la cause.

Etant donné que la rétention placentaire est un des modes les plus fréquents de dystocie dans la délivrance angulaire, on nous permettra de nous y étendre quelque peu.

A l'origine, Ambroise Paré et les accoucheurs de son temps considéraient que la rétention placentaire était facteur d'un seul obstacle, le *resserrement du col.*

Plus tard, à la fin du XVIIme siècle, Justine Sigmundin et surtout Peu, établirent l'existence de deux causes particulière de la rétention : le resserrement du col d'une part, et le *chatonnement du placenta* de l'autre; Peu, en particulier, en fit la distinction précise.

Levret, enfin, écrivit l'étiologie complète et la pathogenie de l'incarcération placentaire en général; il créa le mot d'*enchatonnement.*

Dans sa remarquable thèse de 1834, Stolz avait divisé en quatre catégories les variétés de spasme que l'on pouvait rencontrer au niveau de l'utérus :

1° Spasme de l'orifice externe; nié par beaucoup;

2° Spasme total du muscle utérin; c'est la *tétanisation* observée surtout après l'administration de l'ergot;

3° Spasme de l'orifice interne; de même cause;

4° Spasme partiel du corps de l'utérus.

Pinard a simplifié cette classification; dans ses belles « leçons sur la Délivrance », de 1891, considérant l'utérus suivant son axe, il le divise schématiquement en trois étages; la rétention placentaire peut se faire au niveau de chacun d'eux :

1° A l'orifice utérin;

2° A l'anneau de Bandl;

3° Au-dessus de l'anneau de Bandl.

La dystocie par rétention placentaire siège au-dessus de l'anneau de Bandl dans les cas que nous considérons; elle se fait soit au niveau de la portion juxta-salpingienne des cornes utérines, soit quelquefois en partie tout au moins au niveau de la portion utérine du tractus salpingien.

Si l'anneau de Bandl, spasmodiquement contracturé, retient le placenta dans la grande cavité utérine, nous aurons à faire à un *emprisonnement* placentaire.

Si au-dessus de l'anneau, les irrégularités de la contraction aboutissent à la formation d'une sorte de sphinter barrant la route à la masse placentaire, nous serons en présence de l'*incarcération* ou *enchatonnement*.

Dans l'un et dans l'autre cas, le placenta tout entier peut être situé au-dessus de l'obstacle et retenu dans une sorte de poche d'où il ne peut s'évader; c'est l'*enkystement*; mais il peut aussi avoir été surpris dans un stade plus ou

moins avancé de son décollement, quelquefois dans sa descente; une portion est ainsi au-dessus de l'anneau, une partie au-dessous, le chaton stricturant fortement la zone intermédiaire; il y a alors *encadrement*. La lecture attentive des observations ci-incluses en fournira des exemples nets.

Ces précisions terminologiques, indispensables, nous a-t-il paru, une fois faites, nous entrons de plein pied dans notre sujet.

ANATOMIE DU MUSCLE UTÉRIN CHEZ LA GESTANTE, ET SPÉCIALEMENT DES CORNES UTÉRINES

Pour étayer l'explication pathogénique de la délivrance dyctocique en général et, spécialement, de l'enchatonnement du placenta dans la grossesse angulaire, il nous a paru indispensable de donner un rapide aperçu de l'anatomie du muscle utérin chez la gestante.

Par le fait même de la gestation, les fibres lisses utérines présentent, au point de vue de leur *structure*, trois caractères principaux : 1° d'abord elles augmentent de volume considérablement, puisque ROBIN les a vues pouvoir atteindre jusqu'à 600 μ de longueur sur 14 μ de largeur. Leur noyau peut se dédoubler, leur extrémité se bifurquer (SEDWICK-MINOT, HAGEL); 2° non seulement il y a hypertrophie des éléments anciens, mais leur hyperplasie est considérable. Elle est surtout marquée dans les strates vasculaires et sous-muqueux; 3° enfin ces fibres musculaires, de lisses, peuvent devenir striées, longitudinalement, comme l'a constaté RANVIER, dans les deux sens comme l'a vu KASPER.

Mais c'est au point de vue *texture* que le muscle utérin est intéressant à étudier. Ce serait un long chapitre si nous ne nous bornions. Nous allons considérer simplement la texture du corps. Trois couches superposées le forment, dont l'intérêt est inégal.— La *couche moyenne* est essentiel-

lement plexiforme, constituée par des fascicules longitudinaux, obliques et surtout circulaires, à peu près uniformément répandus. De nombreux vaisseaux la traversent, si nombreux qu'elle mérite le nom de couche vasculaire; les fibres musculaires sont disposées en cercle autour d'eux leur formant une sorte de sphincter.

Les couches externes et internes, étant donné leur systématisation topographique, sont capitales.

La *couche externe* d'abord. A l'état normal, deux couches la constituent; le *stratum subserosum*, large bande longitudinale parcourant les deux faces antérieures et postérieures et sanglant le fond; le *stratum supra-vasculare* que forment des faisceaux transversaux et circulaires, auquel viennent s'ajouter de nombreuses fibres élastiques. A l'état gravide, cette disposition se complète et se renforce.

Le *stratum subserosum* longitudinal prend consistance sous forme d'un ruban large et épais; c'est le *faisceau ansiforme.* Il naît en arrière, au niveau du col, de fibres transversales qui se redressent brusquement, et se trouve renforcé dans son trajet par de nouvelles fibres prenant la même direction. Il bride le fond utérin, puis passe sur la face antérieure où ses fibres, arrivées au niveau du ligament large, lui fournissent des expansions.

Le *stratum supra-vasculare* a des fibres transversales qui donnent naissance au faisceau ansiforme, ou vont se perdre sur les oviductes, les ligaments ronds ou ovariens. Les *fibres circulaires* sont très spéciales; au niveau du fond utérin, elles décrivent de gros arcs, descendent sur les bords en s'éloignant des trompes, et arrivées sur les faces de l'organe se recourbent pour devenir transversales. Fibres longitudinales du premier strate, fibres circulaires du second, concourent donc au même effet, l'isolement dynamique d'une zone utérine autour de l'orifice des trompes.

La *couche interne* va nous présenter une disposition également particulière de ses fibres, qui, ainsi que nous allons le voir, va se résoudre en un résultat semblable Nous avons à considérer d'une part les *fibres en Z* formant le faisceau triangulaire et qu'on a pu isoler sous le nom de *stratum infra-vasculare*, et d'autre part un ensemble de fibres musculaires que l'on désigne dans l'utérus non gravide sous le vocable de *stratum submucosum*.

Le *faisceau triangulaire* a sa base suivant la ligne des trompes, son sommet en bas vers le col. La direction de ses fibres est de gauche à droite pour la paroi antérieure, de droite à gauche pour la paroi postérieure. Ces fibres d'ailleurs ne sont autre que des fibres transversales changeant brusquement de direction au niveau des bords de l'organe.

Il résulte de cette disposition triangulaire du faisceau que les cornes utérines seront les parties les moins musclées, tandis que le fond et les faces verront au contraire leur musculature renforcée par le faisceau triangulaire. Cette disposition est plus accentuée peut-être pour les fibres circulaires du stratum submucosum. Vers l'orifice des trompes, ces fibres sont disposées en anneaux concentriques. Les plus petits, les plus minces, touchent presque l'orifice tubaire. Les plus grands, au contraire, se continuent avec les arceaux de la voûte qui les renforcent; ils s'adossent sur la ligne médiane avec ceux du côté opposé, et, se prêtant un mutuel appui, forment ce que l'on a appelé les *muscles orbiculaires* des trompes. Le terme est-il peut-être légèrement impropre, car cette sorte de sphincter isole non seulement les trompes de la cavité utérine, mais aussi, en partie du moins, les cornes elles-mêmes de l'utérus.

En résumé, on peut schématiser ces notions anatomiques de la façon suivante : Le muscle utérin gravide est composé de trois couches. La moyenne est également répartie sur

toute l'étendue de l'organe. Les couches internes et externes ont une disposition spéciale de leurs fibres différente pour chacune d'elles. Elles concordent en ce sens que, pour l'une et pour l'autre, existe une zone où la pénurie musculaire est manifeste, c'est la *région des cornes utérines*, ou juxta-salpingienne. Enfin la couche interne forme à ce niveau un véritable sphincter contractile, les *muscles orbiculaires*. La zone ainsi circonscrite est pauvrement musclée, puisqu'elle n'est formée pour ainsi dire que de la fin de la couche plexiforme moyenne; les fibres appartenant soit à la couche interne, soit à la couche externe, sont réduites à tel point que leur action est pratiquement négligeable.

Et l'on ne peut s'empêcher de comparer cette zone si pauvrement musclée que nous venons de décrire, avec une autre partie de l'utérus qui nous présente des caractères analogues, sinon semblables. Je veux parler du segment inférieur. Comme le placenta angulaire, la placenta prævia présente, étalement, adhérences souvent, longueur du décollement, hémorragie, parce que, comme la région des cornes utérines, le segment inférieur est pauvrement musclé; la couche plexiforme moyenne cessant à l'anneau de Bandl, et sa paroi n'étant plus constituée que par la réunion des couches sous-séreuses et sous-muqueuses. On peut donc justement les rapprocher au point de vue tonicité, inertie. Mais où ils diffèrent essentiellement, c'est dans la possibilité de délivrance dystocique par enchatonnement. Tandis que l'inclusion du placenta prævia dans un chaton est un fait absolument exceptionnel, étant donné la disposition en étages des fibres cervicales et corporéales de l'utérus, laissant entre elles un espace libre, l'enchatonnement étroit du placenta angulaire est une possibilité fréquemment réalisée dans ces cas. Nous allons en démontrer le mécanisme physiologique.

MÉCANISME PHYSIOLOGIQUE DE LA DÉLIVRANCE ANGULAIRE

Physiologiquement trois forces entrent en jeu pour produire la délivrance : ce sont l'élasticité utérine, la rétractilité de cet organe et enfin, la contractilité du muscle.

« Les efforts répétés que fait la matrice pour se délivrer de l'enfant sont ordinairement ceux qui détruisent les adhérences du placenta. » Telle est l'ancienne et schématique explication de BAUDELOCQUE.

A l'heure actuelle, PINARD et VARNIER, dans leurs « *Etudes d'anatomie obstétricale normale et pathologique* », ont complètement élucidé la physiologie de la délivrance en général.

Il est nécessaire de résumer leur théorie pour permettre les déductions relatives au cas qui nous occupe. D'une façon générale, quel que soit le lieu d'insertion du placenta, la paroi utérine reste moins épaisse à ce niveau. Il en résulte que la paroi utérine en rapport avec le placenta se rétracte beaucoup moins que celle qui est en rapport avec les membranes, parce que plus mince. Le placenta joue donc en quelque sorte le rôle d'interrupteur par rapport aux ondes musculaires développées. Ces ondes viennent mourir sur les bords de cet organe; c'est donc une zone morte où la rétraction ne se fait pas; il se produit dès lors un véritable enchatonnement physiologique, comme le démontrent les coupes de PINARD et VARNIER. Le décollement du placenta

étant fonction de la rétraction utérine, il sera d'autant plus rapide que l'élément musculaire aura subsisté plus abondant. Si le segment placentaire de la paroi est, au contraire, très mince, sa puissance rétractile tendra vers zéro et le décollement ne se produira pas.

En général, dans le cas de grossesse angulaire, la délivrance se fait d'une façon quasi-normale, mais presque toujours avec du retard. On comprend, en effet, que, la rétraction utérine étant beaucoup moindre au niveau de la zone placentaire, le décollement se fasse avec plus de lenteur. Des adhérences peuvent aussi exister, qui allongent d'autant la délivrance. Il y a donc à envisager un premier cas, où la délivrance est *retardée*, se fait lentement. On ne peut lui donner le nom de délivrance dystocique. C'est le mode le plus fréquent de délivrance dans la grossesse angulaire.

Mais le décollement, qui se fait de la périphérie au centre peut n'être que *partiel*. La masse placentaire, en effet, peut dépasser les bornes de la zone pauvrement musclée que nous avons décrite; dans ces conditions, la partie du placenta inséré sur la paroi musclée de l'utérus se décolle d'abord; l'autre partie répondant à la zone inerte reste accolée. D'autre part, d'anormales adhérences peuvent exister en certains points, qui retiennent la masse placentaire, et l'empêchent de se détacher. La partie restée adhérente dans ces conditions voit se produire les phénomènes que nous allons décrire ci-dessous. Elle s'enchatonne. Dans ce deuxième cas, il y a donc décollement d'une partie du placenta et enchatonnement de l'autre. L'*hémorragie* inséparable de ces décollements pénibles et partiels est plus ou moins abondante, suivant la plus ou moins grande force de la tonicité utérine. Cette délivrance dystocique, rétention partielle du placenta, ou d'un cotylédon adjacent ou aberrent n'est pas rare dans la grossesse angulaire. (Obser-

ıtions I, IV et VI du Dr Audebert, professeur agrégé accouchements à la Faculté de Médecine de Toulouse, , Archives médicales de Toulouse 1899.)

Enfin, il peut se produire un *enchatonnement total*, ımplet, de l'entier placenta dans la corne utérine et l'obırvation point de départ de notre thèse en est un type bien ɔt.

Voyons quel en est le mécanisme intime.

Dans la grossesse angulaire, le placenta est inséré tout ·ès de l'ostium uterinum dans la partie répondant à ce que ɔn appelle la corne utérine. Généralement il n'est pas ɪécialement inséré sur telle ou telle face, sur le bord, sur fond, mais à la fois sur les faces, le bord, le fond, dans un érimètre ayant pour centre l'orifice salpingien. Ainsi donc nsertion placentaire répond exactement à la zone ɜ musculature réduite où la paroi utérine est manifesteent moins épaisse et moins fortement constituée. Ajoutons cela l'amincissement physiologique de l'utérus par le it même de l'insertion du placenta; il en résulte deux ıuses patentes d'affaiblissement marqué à ce niveau. ɜ n'est point tout, car si d'une part nous constatons cette iblesse du muscle utérin, au point d'insertion placentaire, est clair d'autre part qu'en revanche tout autour de cette ɔne, il existe un renforcement et une disposition spéciale ɜs fibres musculaires, formant une sorte de sphincter autant plus puissant que la zone placentaire est plus ible.

Au moment de la délivrance, il y a d'abord une première ériode de *rétraction* en vue du décollement de la masse acentaire. Cette rétraction est énergique; mais si elle se it puissamment sentir en tous points du muscle utérin 'une façon générale et spécialement au niveau des orbiılaires, elle est presque nulle, dans la partie de la paroi

répondant au placenta. C'est une zone inerte ; il en découle : 1° que le placenta n'aura pas de tendance à se décoller ; 2° que ce segment inerte de la paroi utérine se laissera distendre, puis exclure en quelque sorte de l'utérus par la rétraction puissante des fibres circonvoisines.

Dans la période de *contraction*, ces phénomènes vont aller s'accentuant. Les fibres musculaires entrent en effet en activité. Leurs contractions synergiques achèvent l'œuvre commencée. Normalement, le placenta décollé dans la première période, est exprimé hors de l'utérus dans la seconde. Dans certains cas de grossesse angulaire, le placenta, anormalement inséré dans la corne utérine, resté adhérent dans la première période, est encore exprimé dans la seconde, mais d'une façon toute spéciale. Les contractions musculaires le rejettent en quelque sorte dans une espèce de poche, où elles l'enkystent. Je dirais volontiers qu'il est énucléé. Cette poche kystique ne communique en effet avec la cavité utérine que par un orifice extrêmement étroit où d'abord une pulpe d'index a peine quelquefois à s'enfoncer. Cette loge, à parois très minces pour les multiples raisons que nous avons exposées, est vraiment une *arrière-boutique* selon la pittoresque expression des auteurs ; arrière-boutique bien secrète puisqu'une porte minuscule n'y permet qu'une difficile accès.

Enfin, sous des influences difficiles à déterminer, que l'on peut cependant ranger sous deux chefs, influences réflexes d'une part, et d'autre part excitations mécaniques, pressions, tractions, les fibres utérines entrent en contracture ; la disposition qui, physiologiquement, s'est dessiné dans le cas de grossesse angulaire, s'accentue et se complète. L'arrière-boutique est définitivement séparée de la cavité utérine, sa paroi est amincie au plus haut point par la dis-

ension maxima qu'elle supporte, son orifice se réduit au oint de devenir pour ainsi dire virtuel.

L'enchatonnement du placenta est un fait accompli.

Comment l'accoucheur précise-t-il le diagnostic du genre le dystocie de la délivrance devant lequel il se trouve? C'est e que nous envisageons dans les pages suivantes.

LES CARACTÈRES CLINIQUES DE LA DÉLIVRANCE ANGULAIRE

La mère est accouchée, sa toilette vulvo-vaginale est faite. L'enfant a reçu les soins nécessaires : bain, pansement du cordon; et la garde le maillotte. L'accoucheur attend patiemment la délivrance. Demi-heure se passe, rien ne se produit. La main abdominale, la gauche, palpe à travers la paroi le fond utérin; un peu au-dessous de l'ombilic elle le sent globuleux, assez régulier, point dur, elle n'a point l'impression d'une *rétraction* franche, comme dans le cas où s'applique si justement le terme imagé de Pinard, « *globe de sûreté* ». La main droite, qui tend légèrement le cordon, sans faire en aucune sorte le moindre effort de traction, n'a point senti descendre et venir à elle la tige funiculaire. Enfin il n'est point donné à l'accoucheur de constater le *mouvement ascensionnel* de l'utérus caractéristique du décollement placentaire et de la chute de l'organe. Au bout d'une heure, la situation reste la même. On dit qu'il y a *retard* de la délivrance.

C'est au bout de ce temps, quelquefois plus tard, comme on pourra le constater dans les observations que nous rapportons, que la sage-femme, après tractions plus ou moins douces sur le cordon, après expression, après quelquefois tentative de délivrance artificielle, se décide à faire appeler le médecin.

Deux éventualités peuvent se présenter; il n'y a point hémorragie, ou, au contraire, la femme perd abondamment. Dans les deux cas, l'accoucheur, avant de se décider à une intervention quelconque, doit procéder à un examen méthodique et complet de la malade.

La simple *inspection* de l'abdomen peut souvent donner un renseignement capital. Au moment de la délivrance dans la grossesse angulaire, l'utérus présente le plus souvent une *déformation* importante; l'une des cornes tantôt la droite, tantôt la gauche, mais la première plus fréquemment que la seconde nous a-t-il paru, devient saillante; et alors le fond utérin, qui forme à la paroi abdominale un relief régulièrement arrondi et nettement visible, présente à ce moment une *voussure* anormale de l'une de ses extrémités. La simple inspection permet quelquefois de constater également si la tuméfaction néoformée sec ontinue simplement avec le reste du corps utérin, ou si, au contraire, il existe une sorte d'étranglement séparatif semblant l'isoler plus ou moins.

Le *palper* va permettre à l'accoucheur de se documenter d'une façon plus exacte sur l'existence, les connexions, la consistance de cette tuméfaction anormale. Les mains appliquées sur la paroi abdominale, les doigts déprimant et se relevant d'une façon alternative, la tuméfaction est nettement délimitée; son *volume* est apprécié. La *consistance* est une importante notion à établir; elle permet, en effet, de juger de la tonicité plus ou moins grande du muscle utérin; dans les observations que nous rapportons, elle s'est toujours montrée molle, pâteuse, offrant aux doigts la sensation cireuse du mastic. Cette notion capitale permet de diagnostiquer l'inertie utérine qui en est la cause, et d'où dérivent les hémorragies, quelquefois très graves, comme l'on pourra s'en rendre compte par la lecture de nos observa-

tions. La consistance appréciée, l'accoucheur se préoccupe de déterminer les *connexions* de la tumeur avec l'utérus. Souvent il est donné de constater une sorte de stricture séparative; quelquefois la tuméfaction anormale se continue avec l'utérus sans ligne de démarcation nette; il s'agit alors de rétention placentaire simple par inertie et défaut consécutif de décollement; mais dans les cas extrêmes, on constate nettement un pédicule étranglé fortement, un sillon marqué à cet endroit, qui forme la limite de séparation. L'inertie utérine se complique alors de spasme musculaire, il y a enchatonnement; soit complet, enkystement, soit partiel, encadrement.

Mais c'est surtout le *toucher* qui donne à l'accoucheur des renseignements précis, exacts, positifs sur la situation intra-utérine du placenta, et sur la dystocie de la délivrance. L'antisepsie vaginale étant obtenue, l'asepsie des mains étant chose acquise, le toucher est pratiqué; et l'ascension utérine commence entrecoupée d'arrêts pénibles et d'obstacles parfois difficiles à forcer. La situation qui se présente généralement est celle-ci : la corne utérine est molle, il y a inertie interrompue de loin en loin par des ébauches de contractions avortées, la femme saigne, pâlit; une heure, deux heures, quelquefois plus, se sont passées, la délivrance n'avance pas; il s'agit de déterminer la cause de cet état alarmant. La main, sitôt le vagin franchi, peut rencontrer un premier obstacle. Le *col* peut avoir subi un mouvement de rétraction; revenu à lui-même, il offre déjà une première résistance, d'autant plus grande qu'il s'est écoulé plus de temps entre le moment de l'accouchement proprement dit et celui où l'on a fait prévenir l'accoucheur. Enfin la main réussit à forcer cette barrière. Elle traverse aisément le segment inférieur ramolli. A *l'anneau de Bandl*, elle peut de nouveau être arrêtée et lon-

guement, car cette sorte de sphincter utérin ne laisse point vaincre aisément ses contractions spasmodiques. Une seconde fois cependant la barrière est franchie et la main se trouve dans la cavité utérine. Deux possibilités : elle plonge au milieu de caillots et de sang liquide, de placenta point : ou bien elle trouve une masse placentaire décollée, mais qui ne forme point le placenta complet; dans les deux cas, la conduite est la même: il ne faut point s'arrêter dans son investigation et, le cordon, un tractus membraneux, le juger, servant de guide, le doigt explorateur est bientôt arrêté par un troisième obstacle. Un *anneau musculaire* étroitement serré l'empêche d'aller plus loin. Dans cette espèce de bague élastique, spasmodiquement contractée, le cordon s'engage, les membranes se continuent, le placenta est fortement stricturé. — Nous arrivons à la dernière étape. Après une lutte quelquefois longue, le doigt arrive enfin à travers cet obstacle, dans une sorte d'espace quelquefois allongé en forme de boyau, arrondi d'autres fois comme un fruit, parfois irrégulier et aplati; c'est l'*arrière-boutique* des auteurs. La pulpe digitale apprécie alors la minceur des *parois* de la poche, leur *tension*; elle détermine l'*étendue* d'*insertion* du placenta, enfin ses *adhérences*. — Le toucher nous a maintenant donné tous les renseignements qu'il était susceptible de nous fournir. L'accoucheur a des éléments suffisants pour apprécier nettement et juger la situation.

L'observation première, publiée par le *Montpellier Médical* dans son numéro du 7 juin 1908, est un exemple typique de ce que peut donner l'exploration clinique logiquement conçue et habilement appliquée, dans les cas que nous envisageons. Elle offre de plus à nos yeux le tableau complet du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Observation Première

Enchatonnement du placenta dans un cas de grossesse angulaire, par Mme le docteur Gaussel-Ziegelmann, ancien chef de clinique d'accouchement à la Faculté.

Mme S. P..., âgée de 22 ans, primipare, de bonne santé générale, n'a jamais eu de maladies sérieuses.

Réglée tous les 28 jours, pendant quatre à cinq jours; perte rouge, moyenne. Dernières règles du 30 janvier au 4 février 1907. Quelques vomissements au début de la grossesse. Pas d'albumine dans les urines.

J'ai vu Mme P... pour la première fois dans le courant du septième mois de sa grossesse. A l'inspection, son abdomen ne présentait rien de particulier; mais au palper, mon attention a été attirée à plusieurs reprises, par le développement exagéré de la corne utérine gauche, qui présentait une saillie très marquée et avait une consistance molle. A aucun moment, je n'ai trouvé dans cette corne des parties fœtales. Je me suis demandé s'il n'existait pas à ce niveau un petit fibrome utérin. Mais le jeune âge de la femme, et l'absence des signes d'un fibrome dans son passé me firent rejeter cette hypothèse.

Le fœtus se trouvait en présentation du sommet engagé en position G. A. = Mme P... vint me trouver le 31 octobre, à 3 heures de l'après-midi, et me dit avoir ressenti quelques douleurs. Le toucher, pratiqué, m'indique en effet un début de travail ; le col est presque effacé, ouvert comme une pièce de 50 centimes. Les douleurs deviennent de plus en plus intenses, le travail marche régulièrement; la dilatation est de 5 fr., à 9 heures du soir; à 11 heures 1/2, Mme P... accouche d'une belle fillette.

Après une toilette, j'attends la délivrance, en surveillant le pouls et l'utérus. Le mouvement ascensionnel de l'utérus indiquant le passage du placenta décollé dans le segment inférieur ne se produit pas. L'utérus garde sa forme particulière; la corne gauche est plus développée que la droite.

En l'absence d'indication à l'intervention, j'attends jusqu'à minuit et demi. A ce moment, je pratique le toucher pour voir si le placenta n'est pas descendu dans le vagin; mais je ne l'y trouve pas, et je n'atteins pas l'insertion du cordon sur le placenta.

Petit à petit, la forme irrégulière de l'utérus s'accentue. La corne gauche, toujours très molle, parait séparée de l'utérus par une partie étroite. Il se produit une petite hémorragie externe; en même temps la femme accuse une sensation de faiblesse, une douleur à l'estomac, et sent qu'elle va s'évanouir. Son pouls, calme jusqu'à ce moment, devient fréquent et bat 96 pulsations à la minute; l'accouchement a eu lieu à 11 heures et demie, il est déjà 1 heure un quart.

Après une antisepsie soigneuse de mes mains, je pratique le toucher et je constate que le col a des tendances à venir sur lui-même; je suis le cordon qui me sert de guide, mais je n'atteins pas le placenta. J'introduis toute la main dans la cavité utérine, je traverse assez facilement le col, le segment inférieur et même l'anneau de Bandl; mais ma main est arrêtée plus haut dans la grande cavité utérine, au niveau d'un orifice étroit qui se trouve sur le côté gauche de l'utérus; le cordon s'engage dans cet orifice. Aucune partie du placenta ne se trouve au-dessus.

Il s'agit donc d'un enchatonnement ou plutôt d'un enkystement du placenta. J'essaye de franchir l'orifice contracté et je parviens, après de nombreuses tentatives, à introduire dans le chaton l'index et le médius de la main droite.

Pendant ce temps ma main gauche soutient et abaisse l'utérus. Je pénètre dans une loge très mince (arrière-boutique des auteurs), séparée de ma main abdominale par une couche de tissu peu épaisse. Je trouve dans cette loge la placenta décollé sur une très petite étendue; je le décolle avec beaucoup de peine, d'abord parce qu'il est adhérent, et ensuite parce qu'il présente une insertion qui rend le décollement particulièrement compliqué; le placenta se trouve inséré à la fois, sur la face antérieure, la face postérieure de l'utérus, sur son fond et sur son bord latéral gauche.

L'ovule serait donc venu se fixer juste au voisinage de l'orifice utérin de la trompe, et le placenta aurait en quelque sorte bouché cet orifice en se développant.

Pendant que j'exécute le décollement, je sens mes doigts fortement serrés par l'orifice étroit du chaton, pendans que mon avant-bras subit une pression assez forte de la part de l'anneau de Bandl rétracté. Je suis obligée de m'arrêter plusieurs fois, la sensibilité de mes doigts disparaissant totalement. Je parviens enfin à extraire le placenta et les membranes; ces dernières sont déchirées et le placenta lui-même est dilacéré en maints endroits; il serait difficile d'affirmer, d'après l'examen de ces fibres, que la délivrance est vraiment complète. Je réintroduis la main dans la cavité utérine et je cherche à vérifier du mieux possible que rien n'y soit resté. A ce moment, l'anneau de contraction n'existe plus, et la main peut explorer toute la cavité utérine. Je fais ensuite une injection intra-utérine très chaude, et je constate que l'utérus a pris son aspect normal et que la corne gauche n'a plus la forme bizarre qu'elle avait avant la délivrance.

Les jours suivants, Mme P... a présenté une légère fréquence du pouls, qui se maintenait aux environs de 96 pul-

sations, pendant les cinq ou six premiers jours, et est descendu ensuite à 80 pulsations.

La température s'est élevée le soir du quatrième jour à 37°9 et la femme a expulsé ce jour-là un caillot et un tout petit lambeau de membranes. A partir de ce moment, tout est rentré rapidement dans l'ordre et le dix-huitième jour la malade se levait complètement rétablie.

Cette observation m'a paru intéressante à communiquer pour les raisons suivantes :

1° Le cas que je vous rapporte présente un exemple typique de grossesse angulaire. On désigne sous ce nom la grossesse dans laquelle l'ovule fécondé vient se greffer au voisinage de l'ostium uterinum dans une des cornes utérines.

Détails intéressants à souligner dans notre cas : l'utérus a gardé jusqu'à la fin de la grossesse la forme irrégulière (saillie très marquée d'une corne), qui existe seulement dans les trois premiers mois de la grossesse angulaire et disparaît habituellement dans la suite.

2° L'enchatonnement du placenta, exceptionnel depuis que l'ergot de seigle est banni de l'obstétrique, est signalé comme une complication grave de la grossesse angulaire. C'est à l'insertion du placenta au voisinage de l'orifice utérin de la trompe gauche, qu'il faut certainement attribuer l'enchatonnement du placenta dans mon cas. Les raisons anatomiques en expliquent le mécanisme. Cette région possède peu de fibres musculaires; la minceur et la faiblesse du muscle utérin ont favorisé l'inertie de la zone placentaire.

Les faisceaux musculaires internes qui forment une série d'anneaux concentriques autour de l'ostium uterinum et qu'on appelle les muscles orbiculaires des trompes, ont réalisé, par leur contraction irrégulière, l'enchatonnement

ou plus exactement l'enkystement du placenta, puisque tout le placenta se trouvait retenu dans le chaton.

Comme cause prédisposante à l'enchatonnement dans mon cas, je dois signaler, avec les auteurs, la primiparité et les adhérences anormales qui ont rendu la délivrance plus pénible. Le danger de rupture utérine par suite de l'amincissement de la zone placentaire, m'engageait à agir avec prudence.

Pendant la délivrance artificielle et l'examen ultérieur de la cavité utérine, je n'ai pas trouvé chez Mme P... de malformation utérine, qui aurait pu aussi être cause d'enchatonnement.

Nous devons ajouter à l'intéressante observation que l'on vient de lire, une autre observation qui a paru tout récemment dans le *Montpellier Médical*. Le cas diffère de ceux que nous envisageons ici; il s'agit en l'espèce d'une malformation utérine; l'on s'est trouvé en présence d'un utérus bicorne. Elle peut cependant se rapprocher de la première en ce sens que le placenta était inséré dans la région angulaire; dans ces conditions, elle est complètement démonstrative des hémorragies graves survenant du fait de cette localisation atypique de l'insertion placentaire.

Observation II

De Mlle Bažin, sage-femme en chef de la Maternité, et de M. Roger, interne des hôpitaux

La nommée X..., âgée de 15 ans, ménagère, primipare, est entrée dans le service le 14 janvier 1908, à 7 h. 40, deux heures après l'expulsion du fœtus, pour rétention placentaire et hémorragie.

La sage-femme qui l'accompagne dit que l'accouchement s'est fait spontanément à 6 heures du soir, mais qu'après la sortie du fœtus, il se produisit une hémorragie. Elle essaye de retirer le placenta en faisant des tractions sur le cordon. Ne pouvant pas faire la délivrance, et l'écoulement sanguin devenant de plus en plus abondant, elle fait appeler un médecin qui conseille le transport de la parturiente à la Maternité.

A son arrivée, Mlle Bazin, sage-femme en chef, constate une hémorragie grave, pouls 160. Elle sent dans le vagin des caillots qu'elle enlève. Le placenta est tout entier dans la cavité utérine; elle dirige sa main droite au fond et à gauche, son autre main étant placée sur le fond de l'utérus, et trouve une portion du placenta décollée. Au fond de l'utérus, elle sent un éperon; elle va dans la corne droite, elle y pénètre difficilement, mais se rend bien compte que la plus grande partie du placenta est à ce niveau; la paroi utérine est très amincie, le décollement est un peu long, mais ne présente aucune difficulté; elle ramène la placenta et les membranes.

Elle introduit la main une deuxième fois et a la sensation qu'il ne reste ni cotylédon, ni membranes. Elle termine par une injection intra-utérine iodée.

A l'examen du placenta, on constate que la face utérine n'a pas l'aspect bien normal, les cotylédons sont déchirés; mais en rapprochant les débris, la masse placentaire paraît complète.

Pendant la délivrance, on réchauffe la malade (traitement général de l'hémorragie. Caféine 1 cc.; éther camphré 2 cc.; — sérum 600 gr.; thé au rhum).

A 9 heures du soir : pouls 120, bien frappé.

Le 16 et le 17 janvier, la température rectale s'étant élevée à 38°5, on fait une injection intra-utérine iodée.

La canule permet nettement de constater l'existence d'un éperon au fond de l'utérus; la corne droite semble plus développée que la gauche.

A partir de ce moment, la température est restée normale et la femme a quitté le service le 6 janvier très bien portante.

Cette observation nous a paru intéressante à rapprocher du cas de Mme GAUSSEL. Il ne s'agit pas ici d'enchatonnement ni d'encadrement du placenta, mais bien du placenta inséré dans une corne utérine; la main introduite dans l'utérus au moment de la délivrance, et immédiatement après, avait parfaitement la sensation d'un éperon situé au fond de l'utérus. Deux injections intra-utérines iodées qu'on dut donner quelques jours après permirent à nouveau de se rendre compte de cette disposition particulière de l'utérus.

LA CONDUITE A TENIR DANS LA DÉLIVRANCE ANGULAIRE DYSTOCIQUE

Deux hypothèses se réalisent généralement en pratique : l'accoucheur prévenu dès les douleurs premières, a surveillé lui-même le travail, il a reçu l'enfant, tous les détails symptomatiques de la marche des événements se sont déroulés sous ses yeux; ou bien c'est une sage-femme qui a fait l'accouchement, commencé la délivrance et temporisé un temps plus ou moins long, toujours précieux, avant d'aller quérir le médecin.

C'est dans la *première* de ces hypothèses seulement, que peut être réalisé le véritable *traitement prophylactique* de la dystocie dans la délivrance, c'est-à-dire un ensemble de mesures destinées à prévenir autant que possible toute complication. L'accoucheur, et ceci est important, pourra lui-même surveiller et apprécier l'évolution des phénomènes, et bien des accidents seront évités. L'on sait, en effet, que la plupart des difficultés ont leurs causes les plus nettes dans les manœuvres intempestives ou immodérées faites en vue d'accélérer la marche de la délivrance. Le médecin s'abstiendra de toute manœuvre irrégulière, comme les malaxations trop vigoureuses de la matrice; il évitera surtout les tractions sur le cordon avant le décollement complet du placenta. Dans l'observation du docteur Maygrier, que nous rapportons, l'inconsciente

brusquerie de la sage-femme détermina la rupture du cordon; cet accident, source de fâcheuses conséquences, aurait certainement pu être évité. Surveillant donc la rétraction utérine, dont la palpation du fond de l'organe permettra d'apprécier le degré, l'accoucheur jugera de l'inertie utérine et des déformations de l'organe. Le « *globe de sûreté* » de PINARD, la descente de la matrice pendant le décollement, le mouvement ascensionnel de l'utérus au moment de la descente du placenta, sont autant de phénomènes dont la constatation ou l'absence constituent des notions importantes. Surveiller, attendre, se garder des manœuvres irrégulières ou impatientes; dans ces conditions, la délivrance sera livrée le plus longtemps possible aux seules forces physiologiques.

Mais si « la patience est la première vertu de l'accoucheur », il y a une limite qu'il ne faut point dépasser. Trois quarts d'heure, une heure, se sont passés sans produire de changements. Le massage du fond utérin n'a point réussi à réveiller les contractions utérines; une injection chaude à 48° laisse insensible la fibre musculaire; que faire? L'ergot de seigle est contre-indiqué formellement : « On ne doit jamais l'administrer, dit PAJOT, tant qu'il reste quelque chose dans l'utérus. » — La *délivrance artificielle* est le seul moyen auquel on puisse avoir recours.

Dans la *seconde* des deux hypothèses envisagées, un temps plus ou moins long a été perdu lorsque l'accoucheur est appelé à intervenir. Des accidents ont pu se produire qui rendent encore plus difficile la situation de la femme; rupture du cordon, tentative avortée de délivrance artificielle, comme il est rapporté dans l'observation III. — Lorsque l'accoucheur arrive, il se trouve en présence de l'une ou de l'autre de ces éventualités : la malade saigne; il n'y a pas d'hémorragie.

La première éventualité est impressionnante. Affaissée dans le désordre du lit, les yeux cerclés de bistre, une pâleur de cire sur les traits inertes, les lèvres décolorées, la malade a la respiration brève; son pouls est rapide, 120 pulsations par minute, ou davantage; des faiblesses la surprennent, ses yeux chavirent, elle perd connaissance. Du sang mêlé de caillots bave et s'écoule de la vulve; il faut agir et agir vite. La délivrance artificielle doit être immédiatement pratiquée selon la technique décrite plus loin. Si le pouls est filant, l'état de dépression trop considérable, on doit tenter de relever au moins momentanément les forces de la malade. Injections sous-cutanées d'éther, auto-transfusion du sang par compression centripète des membres inférieurs, élévation des bras, et, surtout, injections de sérum artificiel à 37°, hypodermiques, ou mieux encore intra-veineuses si le danger est pressant: ces divers moyens judicieusement choisis, méthodiquement et rapidement appliqués, permettront à la femme de supporter l'indispensable intervention.

Mais faut-il temporiser, et encore attendre, lorsqu'il n'y a pas d'hémorragie externe, et que le tableau symptomatique que nous avons décrit ne démontre point à l'évidence une saignée interne? Nous croyons, avec M. le professeur Audebert, que la temporisation ne peut avoir que des dangers. Il est clair que la contraction des diverses parties de l'utérus augmentera de plus en plus et avec elle les difficultés de l'intervention s'accroîtront progressivement. L'observation III est un exemple typique des dangers et des difficultés qu'un trop long intervalle de temps entre l'accouchement et l'intervention accumule pour la malade et le médecin.

Voici donc cette observation qui met non seulement en lumière les incidents spéciaux de la première partie de la

délivrance à laquelle une sage-femme présidait, et les difficultés très grandes, du fait d'une tardive intervention, mais encore est remarquable par la thérapeutique employée et la forme singulière du délivre sur laquelle nous reviendrons d'autre part.

Observation III

In Annales de la Société obstétricale de France.

Communication faite par M. le Dr Maygrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur des hôpitaux.

Insertion et enchatonnement du placenta dans une corne utérine développée, avec disposition singulière du délivre.

Il s'agit d'une femme de 27 ans, qui a été amenée à la maternité de Lariboisière, le 1er avril 1895, accouchée mais non délivrée et dans un état assez grave.

Cette femme a eu, à l'âge de 25 ans, une première grossesse, qui s'est terminée à deux mois environ par un avortement.

Devenue enceinte de nouveau, elle a eu ses dernières règles du 18 au 22 août 1894. Dès le début de cette grossesse, elle a été atteinte de bronchite et a souffert de vomissements fréquents.

Le 22 janvier, à 8 mois de gestation, elle eut une perte sanguine insignifiante; mais le 25 du même mois, étant couchée, elle s'est sentie subitement mouillée et a perdu abondamment du sang liquide et quelques caillots; elle dit n'avoir éprouvé aucune douleur.

Une sage-femme appelée a prescrit des injections de sublimé, et un lavement laudanisé. Les pertes ont continué pendant dix-sept jours, mais seulement sous forme d'un suintement sanguinolent.

Le 20 février, après quelques jours passés sans perte,

une nouvelle hémorragie est survenue, moins abondante que la précédente, accompagnée également de caillots et l'écoulement sanguin a duré six jours. Puis tout est rentré dans l'ordre.

Un mois plus tard, le 31 mars au matin, cette femme, encore couchée, a perdu de l'eau en abondance; les membranes venaient de se rompre prématurément. La grossesse était alors de sept mois. Le même jour, à midi, apparaissaient quelques, petites contractions utérines douloureuses, puis le travail continua et les douleurs ne tardèrent pas à prendre une grande intensité.

Le 1er avril, à 4 h. 30 du matin, l'accouchement, auquel présidait une sage-femme, se faisait spontanément : l'enfant était une fille vivante du poids de 1 kil. 146 gr.

Une demi-heure plus tard, à 5 h. du matin, la sage-femme, trouvant que la délivrance tardait à se faire, exerce des tractions sur le cordon; le cordon se casse et est arraché avec un grand lambeau de membranes. La sage-femme introduit alors la main dans le vagin et cherche à faire la délivrance; mais elle ne réussit qu'à décoller une très faible portion du placenta et une hémorragie abondante succède à ses manœuvres, auxquelles elle est obligée de renoncer.

Un médecin est appelé; il essaie également de pratiquer la délivrance artificielle; mais il ne parvient pas à pénétrer dans l'utérus, dont il trouve le col fermé et envoie la malade à l'hôpital.

La patiente arrive dans le service à midi. Elle est pâle, anémiée, ses muqueuses sont décolorées, mais elle ne perd plus. Pendant qu'on remonte ses forces, qu'on fait la désinfection des organes génitaux, qu'on lui donne enfin les premiers soins nécessaires, mon interne m'envoie prévenir.

Ne pouvant me rendre à Lariboisière, je réponds de

tenter la délivrance par le chloroforme de façon à tenter de vaincre si possible la résistance du col : Si la délivrance ne peut être effectuée, je conseille l'introduction d'un ballon de Champetier.

M. Jorand, mon interne, se conforme à ces prescriptions. Il tente d'abord la délivrance; il pénètre dans le col, mais il est immédiatement arrêté par une rétraction de l'anneau de Bandl, telle que c'est à peine s'il peut faire pénétrer un doigt dans l'utérus.

Il procède alors à l'application d'un ballon de Champetier, qu'il distend avec 350 à 400 grammes d'eau. Il est 1 h. 30 du soir. Le ballon reste en place jusque vers 6 heures. Aucune hémorragie n'a lieu. La femme éprouve quelques contractions douloureuses. A 6 heures, des tractions exercées sur la tige du ballon l'amènent au dehors; mais la dilatation du col n'est pas encore suffisante pour qu'on puisse intervenir. Un second ballon est introduit et gonflé avec 420 grammes d'eau. Une traction élastique permanente est exercée sur lui; à 9 heures du soir, il tombe dans le vagin.

On le retire et le col paraissant assez perméable, on anesthésie la femme, puis M. Jorand essaye de pratiquer la délivrance artificielle.

Il introduit assez facilement le doigt de la main droite dans l'orifice utérin; il s'efforce de dilater progressivement l'anneau de Bandl encore resserré. Toutefois, après deux tentatives vaines pour introduire la main tout entière dans la cavité utérine, il se fait remplacer par la sage-femme de garde, Mlle Michel, dont la main plus petite pénètre assez facilement dans l'utérus; mais elle est arrêtée au niveau de la corne utérine droite, où elle rencontre un second orifice au delà duquel est le placenta; l'utérus a d'ailleurs une forme bilobée très évidente. En introduisant successivement les

doigts l'un après l'autre dans l'anneau d'enchatonnement, Mlle Michel finit par entrer dans la corne utérine; elle décolle le placenta qui n'a avec la paroi que de très faibles adhérences et elle en fait l'extraction. Dans le cas présent, cette corne était remplie par le placenta.

Ce placenta, pesant 320 grammes, affecte une forme très particulière. Inséré sur toute l'étendue de la corne utérine, il s'est pour ainsi dire moulé sur elle et a pris l'aspect d'une sorte d'aumônière dont l'ouverture correspond à celle de la corne elle-même; les bords de cette ouverture se continuent avec les membranes, mais celles-ci sont très incomplètes, déchirées qu'elles ont été pendant les manœuvres faites pour opérer la délivrance. Le cordon présentait une insertion vélamenteuse.

Après la délivrance, on fait une injection chaude intra-utérine, car il y a à ce moment une perte de sang, mais peu abondante. On fait, en outre, une injection d'ergotine et une d'éther. L'état général se relève peu à peu et devient satisfaisant.

En examinant le ventre de la malade après l'accouchement, on sent que l'utérus est développé transversalement, la corne utérine droite est plus saillante que celle du côté opposé.

Les suites de couches ont été légèrement fébriles. La malade, ayant eu 39°3 le lendemain de son entrée, a été transportée dans le service d'isolement. Les accidents sont heureusement restés bénins,et elle a voulu quitter l'hôpital le onzième jour en assez bon état. Quant à l'enfant, bien que mis en *couveuse*, il n'a vécu que quatre jours.

Cette observation édifie trop largement sur les dangers de la temporisation, pour qu'il soit inutile d'y insister encore. Il faut donc agir et agir vite. Le *chloroforme* a une

indication discutable; il agit certainement pour calmer le spasme et amener un apaisement favorable à l'évolution des phénomènes; mais ne peut-on point redouter que son action sur la contractilité et sur la rétractilité de la fibre musculaire n'ait de fâcheuses conséquences au point de vue hémorragie? Et peut-on ainsi, sans courir gros risques, plonger dans la narcose chloroformique un organisme affaibli par la saignée considérable qu'il vient de supporter? Il faut le proscrire.

Les petits moyens ne sont donc pas de mise; il faut se résoudre à la *délivrance artificielle.*

L'intervention est décidée.

La femme est mise en position obstétricale; placée en travers de son lit, le siège relevé, deux aides tiennent haut les membres inférieurs pliés au genou, les cuisses en flexion et abduction. La toilette vulvaire est effectuée, savonnage et lotion antiseptique; la toilette vaginale surtout est soignée. Une injection sublimée ou permanganatée chaude est donnée, ce pendant que deux doigts introduits dans le vagin en frottent les parois, de façon à obtenir la meilleure antisepsie. Une deuxième injection suit.

L'accoucheur réalise l'asepsie soigneuse de ses mains et de ses avant-bras, selon le rite de la chirurgie moderne, insistant plus particulièrement sur les rainures unguéales et interdigitales.

Ces indispensabless précautions prises, il introduit sa main droite tout entière dans les organes génitaux. Sa main gauche, abdominale, est au-dessus du fond utérin et retient l'organe à travers la paroi. Guidée par la tige funiculaire et traversant successivement et avec plus ou moins de facilité l'orifice utérin, l'anneau de Bandl, la main, baignant souvent au milieu de sang liquide et de caillots, arrive au niveau de l'orifice de néoformation. L'orifice

étant perméable, deux doigts s'introduisent dans la poche, et, en prenant les précautions imposées par la minceur des parois, décollent le placenta par petits mouvements de reptation; ils vont même explorer la partie utérine des trompes pour se rendre compte de leur vacuité. En général, le décollement effectué, le spasme se relâche, le chaton disparaît et le placenta, glissant dans la grande cavité, est recueilli à la main et attiré au dehors.

Mais le plus souvent, de sérieuses *difficultés* se présentent. Elles peuvent provenir de la force et de la multiplicité des *contractures*, elles peuvent être causées par le *placenta* lui-même. Dans l'observation Ire, le col a déjà subi un commencement de rétraction qui, d'ailleurs, se laisse facilement vaincre; à l'anneau de Bandl de même on passe avec assez de facilité. Dans la troisième observation, le col perméable donne un assez facile accès sur l'anneau de Bandl, mais celui-ci est tellement rétracté qu'aller plus loin est impossible. Par deux fois, un ballon de Champetier de Ribes dut être appliqué; il resta en place 4 heures la première, 5 heures la seconde fois. Cette thérapeutique énergique seule permet d'avoir accès sur le chaton. Nous en sommes résolument partisans quand les circonstances y obligent.

C'est *au niveau du chaton* lui-même que le plus souvent se présentent les pires difficultés. Ce n'est qu'après de nombreuses tentatives que Mme le docteur GAUSSEL-ZIEGELMANN réussit à faire pénétrer l'index et le médius dans l'étroit orifice. Dans l'observation quatrième, il fut impossible d'introduire un seul doigt dans l'anneau de contraction, et l'accoucheur dut assister à une hémorragie interne considérable dans la corne utérine sans pouvoir rien tenter pour une délivrance rapide qui aurait mis fin à cet état. Le placenta ne fut expulsé qu'au bout de 13 heures. Dans des

cas analogues, l'on doit se rappeler que procéder par efforts discontinus, saccadés, est illogique. De même que l'on vient à bout de la résistance du col vésical dans la rétention d'urine par spasme sphinctérien, en appuyant modérément mais longtemps le bout de la sonde sur l'obstacle, on vaincra aussi le spasme de même nature de l'anneau d'enchatonnement par une pression appuyée, continue et lentement progressive.

Le placenta, d'autre part, peut présenter des difficultés, non tout à fait négligeables, lors de son expulsion artificielle de la poche d'enchatonnement. Au nombre de ces difficultés, les *adhérences anormales* tiennent certainement une place; mais au point de vue dystocie angulaire qui nous occupe, elles sont dues spécialement à la largeur et au mode particulier de son insertion. Le placenta angulaire large, étalé, a surtout une *insertion irrégulière.* Au lieu de se limiter à une zone définie dépendant de l'une des faces utérines, comme cela est normalement, il doit à la disposition particulière de la région et à son étendue propre d'être inséré sur les faces, le bord et le fond de l'organe tout à la fois. Il est aussi évident que les manœuvres du décollement en seront d'autant compliquées et pénibles.

Une autre question se pose. Le placenta angulaire est-il adhérent? ou bien s'est-il décollé? Dans les observations de M. le docteur Audebert d'une part, dans le cas de Mme le docteur Gaussel-Ziegelmann d'autre part, le placenta retenu dans la poche d'enchatonnement avait conservé ses adhérences physiologiques avec la paroi; il a fallu le décoller pour pouvoir l'extraire de son arrière-boutique anfractueuse.

Cependant, parmi la série des cas de grossesse angulaire, dans ceux du professeur Puech en particulier et dans les autres recueillis par Veluet, on ne signale point

d'adhérences, la délivrance d'ailleurs s'étant faite normalement.

Telles sont les réflexions que nous ont suggérées la conduite thérapeutique de l'accoucheur et les difficultés de l'intervention.

LES ACCIDENTS ET LES SUITES OPÉRATOIRES

Pendant le cours des manœuvres opératoires, et après, des accidents peuvent tout à coup se produire : la rupture de la corne utérine, l'hémorragie.

La *rupture des cornes*, possibilité logique pendant la grossesse et signalée par Bar, est jusqu'à présent, croyons-nous, restée dans le domaine des hypothèses; il n'est pas de cas que nous sachions avoir été publiés. Dans la délivrance, on comprend fort bien qu'une décortication maladroite, hâtive, et brusque du placenta puisse léser les parois si minces et tendues de la poche, de façon à en provoquer la rupture. Cliniquement, le fait n'a pas été signalé, de notre connaissance.

Quant à *l'hémorragie*, elle constitue l'accident le plus fréquent et le plus redoutable par ses conséquences; les observations rapportées en sont la preuve. Elle peut se produire, pendant la délivrance, après la délivrance.

Pendant l'acte opératoire, au moment où l'accoucheur cherche à forcer le chaton qui résiste, tout à coup la femme pâlit, éprouve une faiblesse subite, le pouls s'accélère, atteint 120. Une hémorragie s'est brusquement déclarée. Quelquefois, elle force le chaton et la main de l'opérateur est inondée de sang chaud; il n'a pas à hésiter, il doit rapidement franchir l'orifice relâché et procéder à la désinsertion du placenta. Les parois de la poche débarrassée de ce pesant

fardeau reprendront leur rétractilité normale et tout pourra rentrer dans l'ordre. Il est des cas où l'hémorragie impuissante à forcer l'obstacle, se continue en dépit des tentative faites pour remédier à une situation de plus en plus alarmante. L'observation IV nous rapporte un cas où il fut impossible de forcer l'anneau; l'hémorragie se poursuivit longtemps à l'abri de ce rempart, la protégeant contre toute intervention vraiment active, et ce fut seulement 13 heures plus tard que le spasme cessant, le placenta, après quelques contractions douloureuses, fut spontanément expulsé. Il y a ici cette particularité spéciale de deux injections d'ergotine, le placenta occupant toujours sa critique situation; nous y reviendrons plus loin. — Voici cette relation intéressante.

Observation IV

(Bourrier, thèse de Bordeaux 1901.) Communiquée par le Dr Hirogoyen, Chirurgien de la Maternité de Bordeaux.

Insertion placentaire dans la corne utérine très développée. Enchatonnement Hémorragie

Mme S..., primipare, 20 ans, est à terme en septembre 1887, lorsque le travail débute par la rupture spontanée de la poche des eaux. La dilatation marche lentement. Le médecin traitant constate une présentation du siège, et me fait appeler vingt-quatre heures après le début du travail; le siège est profondément engagé.

Mon confrère termine l'accouchement et extrait un enfant petit en état de mort apparente. Je procède à l'insufflation et au bout de vingt-cinq minutes, la respiration s'effectue d'une manière satisfaisante.

Pendant ce temps, la délivrance ne s'était pas effectuée

sans difficultés; une grosse hémorragie s'était produite, qui avait nécessité la délivrance artificielle.

Rien de particulier ne fut noté à ce moment, et au bout de quelques jours, la femme était complètement guérie sans avoir présenté d'accidents.

Trois mois après cet accouchement, Mme S... redevient enceinte, et sa grossesse évolue sans accidents.

Vers le septième mois, une douleur assez vive est ressentie de temps en temps, dans le côté droit de l'abdomen et le médecin de la malade est consulté. Il constate l'existence d'une présentation du siège, et essaye à plusieurs jours d'intervalle, mais sans succès, une version par manœuvres externes.

Le 17 octobre 1890, à midi, le travail commence. A 3 heures, je suis appelé pour remplacer mon confrère absent. Je trouve la femme très agitée et réclamant à grands cris le chloroforme.

La dilatation est à moitié effectuée; la présentation est un siège complet en G. A. J'administre du chloroforme à petites doses, le calme revient et à cinq heures, je puis terminer l'accouchement. L'enfant volumineux fut extrait avec beaucoup de peine. Le dégagement des deux bras relevés et de la tête fut assez long; l'enfant vint mort.

Une demi-heure après la délivrance n'étant point faite, la malade commençant à perdre du sang, je me décide à la délivrer immédiatement. Ma main pénètre facilement dans la cavité utérine, mais je ne rencontre pas le placenta. Je porte la main très haut, l'avant-bras introduit dans les parties génitales, et je constate alors que la corne droite est refermée sur le placenta qu'elle contient dans son angle supérieur. Elle forme une sorte de poche surajoutée à la cavité utérine, et formée comme une bourse, par un repli musculaire saillant et très résistant, au centre duquel

passent cordon et membranes. Il m'est impossible de faire pénétrer les doigts dans cette corne resserrée d'où le placenta ne peut sortir. Et pendant ce temps la femme perd abondamment. Presque subitement son état devient des plus graves; elle est pâle, défaillante, sur le point de mourir. A plusieurs reprises, j'introduis de nouveau la main jusqu'au fond de l'utérus et je ne puis ramener que quelques fragments du placenta et des membranes, la plus grande partie des annexes restant emprisonnées dans une cavité inaccessible.

De 5 heures à 11 heures du soir, je reste auprès de la malade pour lui donner les soins que réclame son état; elle était en danger de mort imminente; injections chaudes, injections d'éther, compression des vaisseaux des membres, élévation des bras, etc. A 11 heures, c'est-à-dire six heures après l'accouchement, après une hémorragie des plus graves par son abondance et sa durée, je profite d'une petite reprise des forces pour tenter encore de délivrer la femme. C'est en vain, la porte ne veut pas s'ouvrir et le placenta reste enfermé. Heureusement l'hémorragie semble diminuer, et vu la faiblesse extrême de la malade, je me décide à abandonner le placenta dans sa loge, et à faire commencer immédiatement des injections antiseptiques chaudes et très fréquemment renouvelées. Craignant que la moindre inertie utérine ne vienne enlever à la femme ses dernières gouttes de sang, je fis, après avoir beaucoup hésité, deux injections sous-cutanées d'ergotine.

La fin de la nuit se passa sans qu'aucune perte nouvelle survînt; l'état général devint un peu meilleur, et le lendemain matin, 6 heures, à la suite de contractions fortes et douloureuses, le placenta put franchir le collet qui l'enserrait, tomber dans la cavité vaginale et être expulsé au dehors sans hémorragie.

Quand je revis la femme le matin, elle présentait des troubles nerveux très pénibles, vomissements, douleurs stomacales, défaillances fréquentes. Pendant trois jours, sans que les lochies aient offert la moindre fétidité, sans que la matrice fût douloureuse, il y eut chaque jour un accès de fièvre à 39°8. Ces accès ont cédé sous l'influence de la guérison, et peuvent se reporter à une intoxication paludéenne qui avait existé autrefois. A partir du quatrième jour après l'accouchement, la fièvre ne s'est plus montrée. Le 1er novembre, une douleur vive, s'irradiant jusqu'aux lombes du côté droit, a été ressentie dans le membre inférieur droit, jusqu'au genou, avec sensation d'engourdissement et de froid. Cette douleur semble devoir être mise sur le compte de la compression des troncs nerveux pendant le travail et l'introduction répétée de la main dans l'utérus. Les jours suivants, tous les troublés ont disparu, et la guérison a été obtenue sans aucun autre accident.

Pendant toute la durée de l'involution utérine, il a été possible de constater que la corne droite offrait une saillie appréciable à l'angle droit de l'utérus; peu à peu, cette saillie s'est réduite et a disparu, alors que la matrice a repris sa situation dans le bassin.

L'hémorragie spontanée pendant la délivrance dans les cas ci-dessus fut provoquée, dans l'observation III, par le décollement partiel d'une première intervention. Il reconnaît toujours l'inertie pour cause, laissant béants les vaisseaux ouverts.

Mais l'hémorragie débutant pendant la délivrance peut subsister *après*, et malgré l'extraction du délivre, le sang continue à jaillir. C'est le cas de l'observation V. Le massage, l'injection intra-utérine très chaude et portée jusque dans la chaton ne l'arrêtent pas; deux interventions ont donné

la certitude qu'il ne reste rien dans la cavité utérine; l'ergotine semble donc indiquée. L'ergotine même, dans ce cas où ses indications paraissent indiscutables, peut produire des méfaits. C'est un dogme actuellement en obstétrique, et que l'on doit respecter, de n'user d'ergotine qu'autant que le vide complet de la cavité utérine aura été obtenu. Et le cas précédent (obs. IV), qui est une heureuse exception, ne doit point être un exemple. Mais même là où ses indications paraissent les plus formelles, il ne faut employer l'ergotine qu'avec la plus extrême prudence. Non seulement elle n'arrête pas l'hémorragie, mais la contracture de l'anneau de Bandl qu'elle provoque complique encore cette situation alarmante en immobilisant l'accoucheur. La relation intéressante que l'on va lire en est un suggestif exemple.

Dans ce cas, la conduite à suivre nous paraît celle-ci : si l'hémorragie continue en dépit de tous les efforts, il faut se résoudre au *tamponnement* soigneux de la cavité utérine avec de la gaze antiseptique; ses dangers nombreux ont été signalés, mais il reste cependant un moyen à ne pas négliger. Si enfin la contraction retient trop longtemps le placenta, il est dangereux de laisser cette situation se prolonger; au bout de 20 heures et même moins, suivant indications, l'*hystérectomie* doit être décidée.

Observation V

De M. le Dr Audebert, professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de médecine de Toulouse. In Archives médicales de Toulouse, 1899.

Enchatonnement du placenta. Hémorragie persistante après la délivrance artificielle. Dangers de l'ergotine même après l'évacuation du délivre.

Mme Marie D..., 26 ans, primipare, accouche à huit mois; forme arrondie de l'utérus, dont le fond est nettement en

dôme. La durée du travail est de quatorze heures. Enfant vivant.

Pendant les premières minutes qui suivent l'accouchement, rien d'anormal comme pertes. Mais la corne gauche devient plus saillante que la corne droite, et vingt-cinq minutes après, une hémorragie se produit. Injections chaudes et pétrissage de l'utérus sans succès, hémorragie abondante pendant dix minutes. Des tractions légères exercées sur le cordon montrent que celui-ci correspond à la corne hypertrophiée. Pâleur des téguments, pouls fréquent et faible. Intervention une demi-heure après, une main introduite dans le vagin y trouve toute la masse placentaire allongée, la suit, et après avoir pénétré dans l'utérus, dont le segment inférieur est très ramolli, rencontre l'anneau de Bandl modérément serré, et, à dix centimètres au-dessus, toujours guidé par le placenta, il arrive sur une ouverture étroite, donnant accès dans une cavité du volume du poing renfermant plusieurs cotylédons. Deux doigts peuvent y pénétrer et décoller les cotylédons.

Malgré l'extraction du délivre, l'hémorragie continue très abondante; une injection intra-utérine dirigée vers la corne gauche n'amène aucun résultat. A ce moment, une injection hypodermique d'ergotinine est pratiquée par la sage-femme qui a surveillé l'accouchement. La perte sanguine est aussi forte.

On m'envoie chercher, et aussitôt arrivé, pour reconnaître la cause de cette hémorragie persistante, j'introduis la main dans les organes génitaux et suis bientôt arrêté par l'anneau de Bandl qui est fortement contracté : pendant que lentement et avec beaucoup de difficulté j'essaye de forcer ce rétrécissement, je sens que l'hémorragie continue dans la loge supérieure, ma main est inondée de sang. Après quelques minutes qui me parurent très longues,

ayant vaincu la résistance de l'anneau de contraction, je pénètre enfin dans la cavité utérine remplie de caillots et complètement ramollie. Ce ramollissement contraste avec la rigidité de l'anneau que je viens de trouver.

L'accès du chaton est facile; je le vide des caillots qu'il renferme, puis sur mes deux doigts, je conduis une sonde intra-utérine et fais une injection chaude et très longue. L'hémorragie s'arrête. Suites de couches apyrétiques. L'utérus, redevenu normal pendant sa contraction, conserve sa forme en dôme.

Le lendemain, injection intra-utérine. Perception du globe utérin arrondi, sans encoche médiane. Involution normale.

Poids du placenta : 470 grammes.

Grand diamètre : 19 centimètres.

Petit diamètre : 10 centimètres.

Forme du placenta : très allongée; séparation en deux îlots réunis par un pont membraneux, avec seulement quelques débris de tissu placentaire.

Le placenta est donc délivré; les difficultés de son extraction ont été vaincues : tout n'est point terminé.

Il faut faire un *examen* attentif du *délivre* pour se rendre compte si, malgré tout, quelques débris ne seraient point restés dans l'arrière-boutique.— Il est tout d'abord quelque chose qui frappe. Son *aspect* est *anormal*; non seulement le placenta est étalé, en « *limande* », selon la juste observation de M. le professeur Puech, ou « bordé », suivant la remarque de M. Bar, mais surtout, dans les cas de dystocie dont nous nous occupons, sa *forme* est *irrégulière*. Il n'est pas éraillé, dilacéré, déchiqueté, comme cela est ordinaire après ces interventions; souvent il se présente sous l'aspect parfois « en fer à cheval », d'autres fois « ovalaire »; dans

l'observation III, il avait épousé tellement bien la forme du chaton que, hors des voies génitales, il gardait l'aspect d'une aumônière dont les bords plissés de l'ouverture répondaient à la striction de l'anneau. Quelquefois « la partie enchatonnée, plus épaisse que le reste du placenta, pouvait être comparée à un *morceau de bœuf Chateaubriand* ». Enfin il arrive que le placenta, non plus *enkysté* mais *encadré*, est séparé par un sillon artificiel en deux parties, dont l'intermédiaire, répondant à la striction de l'anneau, forme un sillon marqué, quelquefois même un pont membraneux (obs. V). Ce n'est point le lieu d'insister ici sur les cotylédons suscenturiés, aberrants, et sur le diagnostic de leur rétention par l'examen du délivre. Enfin il faudra s'appliquer, par un examen attentif, à reconnaître l'intégrité des membranes.

Le délivre étant complet, placenta et membranes ayant été en totalité extraits de l'utérus ou de la portion juxta-utérine des trompes, où quelquefois on peut les trouver, les suites opératoires et autres peuvent être envisagées avec une certaine sécurité.

L'*involution utérine*, malgré toutes les difficultés de la délivrance, se fait d'une façon quasi-normale. La déformation du fond utérin disparaît rapidement, et par une diminution graduelle de ses dimensions, l'utérus revient progressivement à son volume habituel. Au douzième ou quinzième jour en général, le fond utérin disparaît derrière la symphyse pubienne. Ce sont les cas favorables, c'est-à-dire la majorité des cas. Dix-huit jours après son accouchement, la malade de l'obs. I se lève, ayant à peine manifesté quelques légères ascensions thermiques; au quatrième jour, elle atteint 37°9 de température et expulse un caillot; c'est le seul incident. Dans l'observation II, un 37°9 au deuxième jour, sortie au vingtième. La malade de M. le

docteur MAYGRIER, dont la délivrance fut rendue si pénible, et dont on a encore l'observation à l'esprit, manifesta deux jours après un 39°5, mais se trouva dès le onzième jour dans un état suffisant pour sortir de la Maternité, sur sa volonté.

Mais dans certains cas, vraiment exceptionnels, les suites opératoires viennent se compliquer de *manifestations infectieuses* graves. Dans le cas d'HEILLY le placenta enchatonné ne put être extrait; retenu en entier, il s'ensuivit une infection purulente qui, en douze heures, emporta la malade. De même dans les cas de PINARD, ALTHEN, BOUFFE DE SAINT-BLAISE deux femmes sur trois succombent à une septicémie foudroyante, qui n'attendit pas la sortie de l'arrière-faix. Enfin, deux cas très spéciaux, celui de DANCE, où une partie du placenta fut retenue, et celui de PINARD, où cependant deux interventions successives aboutirent, semble-t-il, à une extraction complète, donnèrent lieu, au bout de quatre jours, à une péritonite suraiguë, par perforation des cornes; il s'était formé à la paroi une plaque de sphacèle, par suite de la putréfaction de débris.

Nous nous en voudrions d'insister davantage sur ces cas extraordinaires qui forment la grande exception dans l'ensemble des observations publiées. La vérité, c'est que l'intervention, lorsqu'elle est sûrement indiquée, sainement conçue et habilement pratiquée, constitue un garant certain du succès thérapeutique.

CONCLUSIONS

Il nous a paru qu'on pouvait de ce travail dégager les conclusions suivantes :

I. — La grossesse angulaire prédispose, par sa nature même, à une délivrance dystocique.

II. — La configuration anatomique des cornes utérines en fait une région insuffisante au point de vue musculaire.

III. — Il en résulte que, physiologiquement, elle sera frappée d'inertie au moins relative, et rendra possible l'enchatonnement du placenta.

IV. — La délivrance pourra donc se compliquer, soit de retard simple, soit d'hémorragie grave, soit de rétention par enchatonnement.

V. — L'examen clinique attentif permet le diagnostic de cause, et pose les indications thérapeutiques. L'hémorragie et l'emchatonnement impliquent la délivrance artificielle rapide.

VI. — Il faut agir prudemment et aseptiquement pour éviter la rupture et l'infection.

VII. — Le délivre doit être examiné avec soin, pour l'intérêt de sa forme, surtout pour éliminer la possibilité de rétention.

BIBLIOGRAPHIE

AUDEBERT. — *Archives Médicales de Toulouse.* 1899.

ALIANTCHIKOVA. — Th. Lausanne. 1903. Et. statistique sur la délivrance artificielle.

AUVARD. — Traité pratique d'accouchement.

BAR. — *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris.* 1900.

— Société d'obstétrique de Paris. 1902 et 1903.

BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT.—La pratique de l'art des accouchements. 1907.

BAZIN et ROGER. — *Montpellier Médical.* Juillet 1908.

BUDIN. — Clinique obstétricale. 1882.

BUDIN (P.). — *Progrès Médical.* 1876.

BUBENDORF. — Th. Nancy. 1881. Considérations sur l'enchatonnement du placenta.

BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — Soc. d'obstétrique et de gynéc. de Paris. 1900.

BOUSQUET. — Th. Montpellier. 1902. Grossesse et accouchement dans les malformations utérines.

BOURRUS. — Thèse de Bordeaux. 1901.

BRAUN. — Ueber Fruhdiagnose der Graviditet. Wiener Klin. Woche 1879 et Geb. gineck. Gesellschaft. 1899.

BRINDEAU. — Soc. d'obstétrique de Paris. 1903.

BAYER. — Beitrage zur Geburtskund und Gynecologie.

BONNAIRE. — De la valeur de l'exploration du corps de l'utérus dans le diagnostic précoce de la grossesse. *L'Obstétrique* 1903.

BUFFENOIR. — Un nouveau cas de grossesse angulaire. Société d'obstétrique. 1905.

BROSSET (G.). — Thèse de Paris. 1905.

BEAUNIS (H.). — Nouveaux éléments de physiologie humaine.

CHARLES. — Cours d'accouchements. 1897. Tome II.

Charpentier (A.). — Accouchements. 2me édition.

Cassan. — Thèse de Paris. 1826.

Cassin. — *Archives de tocologie.* 1880.

David. — Grossesses intra-utérines prises pour extra-utérines. Montpellier. 1901.

Delpiana. — Contr. à l'étude des malformations utérines. Th. de Paris. 1898.

Dubrisay et Jeannin. — Accouchements. 1905.

Fieux. — *Revue mensuelle de Gynécologie d'Obstétrique et de Pédiatrie.* Bordeaux. 1900.

— Grossesse développée dans un utérus antéro-latéro-fléchi. *Annales de Gyn., d'Obst. et de Pédiatrie.*

Gaussel-Ziegelmann. — *Montpellier médical,* juin 1908.

Guéniot. — Difficultés particulières de la délivrance dans un utérus bicorne. Soc. d'obstétrique de Paris. 1906.

Hergott. — *Revue Médicale de l'Est.* 1882.

— Thèse de Strasbourg. 1839.

Hégar. — Diagnose der fruehsten. Schwangerschaft.

Jacobson (L.). — Thèse de Paris. 1906.

Landau (Th.). — Die diagnose der Schwangerschaft in die ersten monate. Deutsche med. Wochenschrift. 1893.

— Berlin Klin. Woche. 1890.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité de Gynécologie.

Le Maitre. — De la délivrance et des suites de couches dans les malformations utérines. Th. Paris. 1900.

Lepage. — Diagnostic de la grossesse extra-utérine. Tabl. méd. 1889. no 22.

Maleterre. — Thèse de Nancy. 1896.

Mortagne. — *Bulletin de la Soc. d'obstétrique de Paris.* Nov. 1903. Difficultés du diagnostic au début d'une grossesse avec forme anormale de l'utérus.

Maygrier. — Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

— *Annales de la Société obstétricale de France.* 1895.

Muret. — Diagnostic différentiel de la grossesse utérine. *Revue de Gyn. et de chir. abdom.* 1898.

Mercier. — Les ruptures spontanées de l'utérus gravide dans leurs rapports avec les grossesses interstitielles. Th. Paris. 1898.

Ouvrier. — Sur une forme anormale de l'utérus au début de la grossesse. Th. Paris. 1900.

Petrona Ouzounova. — Contribution à l'étude de la latéro-flexion de l'utérus gravide. Th. Lyon. 1897.

Pinard. — Signes, diagnostic, traitement de la grossesse ectopique après le sixième mois. *Sem. méd.* 1894.

— Leçons sur la délivrance. 1891.

Pinard et Varnier. — Etudes d'anatomie obstétricale normale et pathologique. Steinheil, édit., Paris. 1892.

Pozzi. — Traité de Gynécologie.

Poirier (P.). — *Traité d'Anatomie humaine*, V. 1901.

Puech. — Soc. de méd. et de chir. de Montpellier, avril 1893.

— *Montpellier Médical*. 1904.

— De la grossesse angulaire, *in* Mémoires et leçons d'obstétrique. 1905.

Routier. — Latéro-flexion droite ayant fait croire à une grossesse extra-utérine. *Ann. de Gynéc.* 1901.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique.

Schwab. — *Bull. de la Soc. d'Obstétrique de Paris*. nov. 1904.

Segond (P.). — Grossesse utérine prise pour une grossesse extra-utérine grâce à la fixation de l'utérus gravide en latéro-version gauche. Soc. d'obst. de gyn. et de pédiatrie de Paris, décemb. 1900.

Sonntag. — Ueber Consistenz und elasticitaet rhaeltnisse des uterus Waehrend der Schwangerschaff, geburt und Woch. Internat. medic. Congress in Moscou 1897.

Stolz. — Thèse de 1834.

Tainturier. — Etiologie des grossesses extra-utérines. Th. Paris 1895.

Tarnier et Budin. — *Traité d'accouchements*. Tome II.

Tarnier et Chantreuil. — *Traité de l'art. des accouchements.*

Tarnier. — *Journal des Sages-femmes*. 1894.

Tédenat. — *Lyon Médical*. 1879.

— *Montpellier Médical*. 1893.

Turner. — *Edinburg Medical journal* (mai. 1886).

Varnier. — Utérus gravide en latéro-flexion pris pour un kyste de l'ovaire. *Annales de Gynéc. et d'Obstét.* 1901.

Veluet. — Thèse de Montpellier. 1906.

Vinter. — Lehrbuch der gynec. diagnostic. 1896.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

TIGHT GUTTERS.